CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE

EN ALGÉRIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1908

PAR

Georges-Adrien PAIRE

Né à Mostaganem (Oran), le 23 novembre 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
TÉDENAT (✻), *professeur.*	SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
ET DE MES CHERS DISPARUS

A MA MÈRE

*Filial hommage d'éternelle gratitude
et d'ardente affection.*

A MA SŒUR

A MES ONCLES

M. LE DOCTEUR C. FINELLI

M. PAIRE

PHARMACIEN DE 1re CLASSE

MES PREMIERS MAITRES

A tous ceux qui me sont chers : parents et amis

G. PAIRE.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR J. BRAULT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BAUMEL

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
D'ALGER ET DE L'HOPITAL DE MUSTAPHA

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

G. PAIRE

AVANT-PROPOS

Au moment où il nous faut abandonner la vie facile et agréable, le travail joyeux de l'étudiant, pour la vie active et le labeur incessant du praticien, on nous permettra de jeter un coup d'œil en arrière sur les maîtres et les amis avec qui nous allons cesser d'être en contact journalier. Nous en profiterons avec joie pour remercier tous ceux qui, par leurs leçons ou leur amitié, rendirent fructueuses et douces nos années d'études.

Malheureusement, au cours de ces années, la mort n'a pas épargné l'Ecole de Médecine d'Alger et, tour à tour, nous avons vu disparaître nos maîtres aimés, MM. les Professeurs A. Cochez, Planteau, Labbé, et, tout dernièrement, M. le Professeur Moreau, dont nous avions l'honneur d'être le préparateur, et M. le docteur Mailfert. A la mémoire de ces maîtres regrettés, nous adressons ici un souvenir ému.

M. le Professeur Brault nous a indiqué le sujet de notre travail, nous remercions vivement ce savant maître, dont nous avons pu apprécier le docte enseignement et l'indulgente bienveillance durant les dix-huit mois que nous avons passés à la clinique de dermatologie et de syphiligraphie, en qualité de stagiaire d'abord, puis d'externe et d'interne.

M. le docteur Sabadini, chirurgien des hôpitaux, dont

nous avons eu l'honneur d'être l'interne pendant un an, et dont nous avons connu ainsi la science et la bonté, nous a fait aimer la chirurgie ; nous lui offrons ici l'hommage de notre vive reconnaissance.

M. le Professeur Crespin fut un de nos maîtres au Laboratoire d'hygiène et de médecine légale ; M. le Professeur Cange fut pour nous un ami autant qu'un professeur ; nous les prions de croire à notre vive gratitude.

Notre reconnaissance va aussi à tous ceux qui nous ont fait profiter de leurs savantes leçons: MM. les professeurs Ardin-Delteil, Curtillet, Rey, Rouvier, Vincent, Scherb, Goinard, Cabanes, Fuster, MM. les docteurs Denis, Saliège, L. Cochez, Henri et Charles Aboulker, Gillot, Lemaire, Moggi, Murat, Dumolard, Pélissard.

Nous n'oublierons jamais le charmant accueil qui nous a été réservé par M. le Professeur Baumel, et nous remercions bien vivement ce savant maître du grand honneur qu'il nous a fait en présidant notre thèse.

Nous aimerons à nous rappeler avec émotion, et aussi avec regret, le temps où aussi bien durant les heures de garde à l'hôpital que dans la vie journalière, nous faisions alterner le travail et les joyeux passe-temps, en compagnie de notre bien cher ami, le docteur Lucien Bonnet et aussi de nos amis, les docteurs Trabut, Merlo, Uhlmann, Pellat, de MMes Thiriet, Noguier, Hallot, et du distingué paysagiste Nicolaï. A tous, et aussi au docteur Paoli, notre gai compagnon de thèse, nous donnons à nouveau l'assurance de notre inaltérable affection.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE

EN ALGÉRIE

INTRODUCTION

« Maladie infectieuse chronique due, selon toute apparence, au *tréponème pâle* de Schaudinn et Hoffmann,
» la syphilis évolue suivant des phases bien déterminées;
» susceptible de se transmettre par hérédité ou contagion,
» elle confère habituellement à ceux qui en sont atteints
» l'immunité vis-à vis d'une réinfection postérieure. »

De cette définition, une partie seulement retiendra notre attention dans ce modeste travail : « La syphilis » évolue suivant des phases bien déterminées ». C'est, en effet, une des caractéristiques de la syphilis que cette série de périodes morbides successives : primaire, secondaire et tertiaire, séparées par des intervalles de repos, de telle sorte qu'avec Fournier, on peut concevoir la vérole comme un grand drame se déroulant, selon la coutume théâtrale, en plusieurs actes, séparés par des entr'actes plus ou moins longs. Après une incubation moyenne de trente jours, et au point où la contamination

a eu lieu, apparaît l'accident primitif, le chancre induré ; puis, quarante cinq jours après, débute généralement la période secondaire, et enfin, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, variant le plus souvent entre deux et trois ans, apparaît la période tertiaire, l'apogée de la vérole.

L'accident primitif est localisé et, malgré de nombreuses exceptions, on peut dire qu'il est ordinairement unique ; de plus, il constitue la plupart du temps une lésion peu grave par elle-même, indolore et guérissant spontanément en un temps variable. Les accidents secondaires, moins anodins, affectent surtout les surfaces cutanées et muqueuses : ils sont disséminés assez irrégulièrement sur le corps, mais sont superficiels, cèdent assez rapidement au traitement mercuriel et ne laissent généralement après leur disparition aucune cicatrice. Les accidents tertiaires, enfin, intéressent les organes, lèsent profondément les tissus ; si aucun traitement efficace ne vient entraver leur marche, ils peuvent se reproduire d'une façon quasi ininterrompue et laissent la marque indélébile de leurs ravages.

La gravité des accidents syphilitiques va donc en augmentant avec l'âge de la maladie, du moins dans les premières années, et c'est à cet ordre de gravité croissante des lésions spécifiques et aussi à l'évolution régulière de la maladie que Ricord faisait allusion quand il disait que la syphilis est une maladie *hiérarchique*. La syphilis *normale* progresse, en effet, d'une façon remarquablement régulière dans l'ordre chronologique et dans l'ordre de gravité morbide de ses manifestations.

A côté de cette forme normale, qui est la règle, il existe une variété de syphilis qui constitue une dérogation aux caractères sur lesquels nous venons d'insister et dans

laquellela maladie présente, dans l'apparition successive de ses manifestations, une irrégularité frappante. Les périodes sont confondues : les lésions profondes ou tertiaires font leur apparition alors que le chancre se cicatrise à peine ou même n'est pas encore cicatrisé ; le système nerveux, les viscères sont atteints, l'état général se cachectise, et le malade est ainsi à la merci d'une affection intercurrente qui vient assombrir le pronostic. La maladie ne procède plus avec méthode, les accidents tertiaires se mêlent aux éruptions secondaires, après des semaines de tertiarisme surviennent des plaques muqueuses; de plus, le mercure n'a pas toujours alors son action curative si remarquable dans les véroles normales, les lésions ne rétrocèdent que très lentement et les malades présentent souvent des phénomènes d'intolérance marquée vis-à-vis du traitement hydrargyrique.

Ce sont ces cas anormaux qui forment ce que l'on a appelé la syphilis maligne précoce, et c'est de cette forme anormale de l'avarie que nous nous occuperons plus spécialement ici. Après un aperçu historique sommaire, nous placerons en tête de ce modeste travail les observations que nous avons recueillies depuis que nous fréquentons la clinique de syphiligraphie d'Alger. Nous diviserons ensuite notre étude en un certain nombre de chapitres où nous considérons la syphilis maligne précoce en Algérie aux points de vue de l'étiologie et de la pathogénie, de la symptomatologie et des formes cliniques, de la fréquence, du diagnostic, du pronostic et du traitement. Nous formulerons, pour terminer, les conclusions que nous avons cru pouvoir tirer de notre travail.

HISTORIQUE

La première observation de syphilis à forme grave, est, semble-t-il, due à Dupuytren, et a été publiée en 1830 par Ch. Bell (il s'agissait d'accidents nerveux). Le nom de syphilis maligne précoce paraît dû à Bazin, qui l'employa pour la première fois, à notre connaissance, en 1863, dans ses *Leçons théoriques et cliniques sur la Syphilis et les syphilides,* et qui rangeait sous cette dénomination une forme de syphilis remarquable par la « rapidité de ses lésions et la gravité de ses symptômes ». Les leçons de Bazin avaient été recueillies par son élève Dubuc qui, en 1864, donne dans sa thèse inaugurale (1), une étude complète des manifestations cutanées de cette forme sévère de l'avarie et distingue parmi les syphilides malignes précoces trois variétés : puro-crustacée ulcéreuse, tuberculo-crustacée ulcéreuse et tuberculo-ulcérante gangréneuse.

Ory (2), dans un travail des plus consciencieux, rapporte 37 observations de syphilides dont 30 peuvent être cataloguées *malignes précoces.* Il pose nettement le fa-

(1) Dubuc, Les syphilides malignes précoces (thèse Paris, 1864).

(2) Ory, Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces (thèse Paris, 1875).

meux problème de la graine et du terrain, sur lequel nous aurons à revenir, mais qu'il nous faut exposer dès maintenant. Diday, dans son ouvrage l' « Histoire naturelle de la Syphilis », avait conclu d'après Catanée (1505), Vigo et Ambroise Paré, que le virus syphilitique avait graduellement perdu de sa force par ses migrations successives d'individu à individu, et qu'ainsi la vérole était devenue moins grave par modification du virus (théorie de la graine). Hardy et Béhier, dans leur traité de pathologie interne, s'étaient élevés contre cette manière de voir et avaient déclaré que, seules, les qualités de réceptivité et de résistance de l'organisme modifiaient la gravité de la syphilis. Ory, à la fin de son intéressant travail, conclut, après avoir discuté les deux théories : « lymphatisme, scrofule, allaitement, grossesse, et bien souvent alcoolisme, débauche, chagrins, âge avancé, misère au moment de la contamination ou peu de temps après, telles sont les causes les plus fréquentes de la précocité des accidents ulcéreux de la peau chez les syphilitiques, et cela *quelle que soit l'origine du virus et quel qu'ait été le mode de contamination* ».

Fournier, en 1886, publie dans la *Semaine Médicale* une longue étude sur les facteurs de gravité de la syphilis, et l'éminent professeur adopte les conclusions d'Ory : le terrain est tout, la graine n'est rien. Fournier indique ensuite six facteurs principaux de gravité : âge (enfance et vieillesse), bacillose, paludisme, alcoolisme, prédisposition héréditaire ou acquise, et enfin absence ou insuffisance du traitement.

Un grand nombre de syphiligraphes, la majeure partie pourrait-on dire, se rangent alors à l'avis d'Ory et de Fournier ; quelques-uns, pourtant, et parmi eux le professeur Gémy, d'Alger, soutiennent encore l'importance de

la graine et combattent la théorie du terrain. Gémy conteste également l'influence considérable qu'on accordait au paludisme.

Baudoin (1), un élève de Fournier, traite en 1889 la syphilis maligne précoce, étudiant surtout le retentissement de la maladie sur les divers systèmes de l'économie et, en particulier, sur le système lymphatique.

Dès lors, la question de la syphilis maligne précoce semble être à l'ordre du jour et les écrits se multiplient. Dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* ainsi que dans d'autres périodiques médicaux moins spéciaux, les auteurs relatent fréquemment des observations intéressant la maladie qui nous occupe ; parmi eux, Brousse, Kaposi, Neumann, Renault, Besnier, Gilles de la Tourette, Hudelo, Mauriac, Lochte, Dukowski, etc., etc. Nous nous contenterons, dans cet aperçu historique sommaire, d'indiquer les documents les plus importants, ceux qui apportèrent quelque changement ou quelque addition aux théories déjà émises.

Fournier, en 1892, étudie la syphilis *nerveuse* maligne précoce et y distingue deux formes, une première dite « exclusive », où il y a lésion des centres nerveux à l'exclusion de tout autre appareil somatique, et une seconde, qu'il appelle « associée », où les lésions ne sont plus limitées au système nerveux, mais atteignent aussi la peau et les autres organes. Le paludisme lui semble responsable, dans la grande majorité des cas, de la localisation nerveuse de la syphilis.

Quelque temps après, le même auteur, étudiant le ter-

---

(1) Baudoin, Contribution à l'étude des syphilis graves précoces (thèse Paris, 1889).

tiarisme précoce, indique la prédominance du tertiarisme cutané qui, d'après lui, est caractérisé par : *a*) la fréquence des formes ulcérantes ; *b*) la généralisation et l'éparpillement des lésions ; *c*) leur gravité locale ; *d*) leur tendance au phagédénisme et leur indiscipline au traitement.

Moreira (1), dans sa thèse inaugurale, étudie les influences climatériques et déclare que le climat n'est rien dans la malignité et la précocité des accidents syphilitiques; ce qui importe, dit-il, ce sont les conditions d'adaptation de l'individu au climat. Dans un écrit postérieur, Moreira étudie ensuite l'influence du saturnisme et publie deux observations de syphilis maligne précoce chez des saturniques. Il n'admet pas que l'extra-génitalité de l'accident primitif ait une influence quelconque sur le pronostic et la marche des accidents ultérieurs.

Taulane (1), en 1895, dans sa thèse, reprend l'étude faite par Ory et en accepte les conclusions ; il adopte pour les syphilides malignes précoces la classification de Mauriac, dans laquelle ces éruptions sont ramenées à quatre types : érythémateux, papuleux, pustulo-ulcéreux et tuberculo-gommeux. Taulane signale, en outre, que le phagédénisme, lorsqu'il apparaît, suit une marche centrifuge, c'est-à-dire progresse comme le fait habituellement, dans les lésions de la syphilis, le processus de cicatrisation.

C'est quelques mois plus tard que Augagneur émet sur la signification et le pronostic de l'adénopathie dans la syphilis, une théorie qui sera, par la suite, des plus discu-

---

(1) Moreira, Etiologia da syphilis maligna precoce (thèse Bahia, 1891).

(2) Taulane, Contribution à l'étude des syphilides malignes précoces (thèse Montpellier, 1895).

tées. Le professeur de Lyon signale le manque de relations qui existe entre l'intensité des lésions et l'adénopathie consécutive : un chancre dur, volumineux, peut donner une petite adénite ; à la période secondaire, des syphilides ulcéreuses malignes peuvent coexister avec des ganglions à peine tuméfiés, des manifestations cutanées et muqueuses insignifiantes, avec des ganglions énormes. Pour Augagneur, les ganglions nombreux et tuméfiés sont le signe d'une réaction intense de l'organisme et, par suite, d'un pronostic bénin. « Dans la syphilis maligne précoce, conclut-il, le système lymphatique est très peu touché ».

La même année (1895), Givet, élève d'Augagneur, reprend et adopte dans sa thèse inaugurale l'argumentation et les conclusions de son maître. Dubuc, dans sa thèse, citée plus haut, avait, au contraire, déclaré que dans la syphilis maligne précoce, le retentissement ganglionnaire était de règle.

Au 3e Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, qui tient ses assises à Londres, en 1896, la question de la syphilis maligne précoce est au programme, et deux rapports sont faits sur ce sujet par les professeurs Haslund (de Copenhague), et Tarnowsky (de Saint-Pétersbourg). Ce dernier insiste surtout sur la morphologie de l'affection et décrit trois formes principales : 1° l'infection pyo-syphilitique, qui doit sa gravité à l'intervention du streptocoque ; 2° la syphilis à accidents gommeux prématurés ; 3° la syphilis à localisations défavorables. Au point de vue étiologique, il insiste sur l'importance de la malaria *invétérée*.

Le rapport d'Haslund, des plus documentés, est d'une grande importance, et nous pouvons en résumer ainsi les conclusions :

« La syphilis maligne précoce est une forme de la sy-

philis secondaire et n'a aucune relation avec le tertiarisme ; elle est caractérisée par : *a*) des phénomènes généraux très accusés ; *b*) une éruption de grosses pustules et l'existence de vraies ulcérations ; *c*) sa précocité.

« Ce n'est pas une forme tertiaire ; elle n'a aucun caractère de forme gommeuse à cause de la rapidité de développement du syphilome et de l'ulcération consécutive, du caractère de ces ulcérations, qui ne sont pas serpigineuses, de l'absence de groupement des efflorescences isolées et de l'action irrégulière de l'iodure de potassium.

« La syphilis maligne précoce tient à une susceptibilité particulière de l'individu (Haslund adopte ainsi la théorie du terrain). Cette susceptibilité est spécifique et il ne faut pas la confondre avec les autres facteurs (alcoolisme, etc.), qui peuvent déterminer une évolution grave de la vérole ; l'extragénitalité ni la multiplicité du chancre n'ont aucune importance ; le phagédénisme n'est que la première manifestation de l'idiosyncrasie du sujet.

« L'expérience a montré que fréquemment les malades atteints de syphilis maligne supportent mal ou pas du tout le mercure, puis tout à coup la tolérance s'établit et l'amélioration est rapide. » Pour Haslund, le pronostic est favorable.

Tous les auteurs médicaux s'occupent de la question : les communications abondent, faites aux diverses Sociétés de syphiligraphie françaises ou étrangères. Orlowsky fait à la Société de neurologie et de psychiâtrie de Moscou une communication sur la syphilis médullaire, basée sur une statistique de 72 cas (67 hommes et 5 femmes), et parmi lesquels les troubles nerveux ont apparu 10 fois dans le courant de la première année de maladie et 12 fois dans la deuxième année. Orlowsky donne comme causes étiologiques principales, l'hérédité nerveuse, le froid, les ex-

cès vénériens, l'alcoolisme, la fatigue corporelle et le traumatisme, chaque cause agissant rarement seule, mais se combinant, dans la plupart des cas, avec une ou plusieurs des autres. Il distingue trois variétés de syphlis nerveuse : médullaire, cérébro-spinale, combinée ou pseudo-systématisée, les deux premières seules pouvant être précoces.

En 1898, Landouzy signale un cas de syphilis maligne précoce sans retentissement ganglionnaire ; il rappelle et adopte la théorie émise par Augagneur sur le rôle frénateur des ganglions dans la syphilis. Combattu par Barthélémy, cet avis est partagé par Brocq, Mauriac et par Raymond (1), qui émet l'opinion que, lorsque les ganglions superficiels ne sont pas tuméfiés, ce sont les groupes ganglionnaires profonds qui ont subi le processus d'intumescence.

Metchnikoff et Bordet, Haan (du Havre), Chatenay, Bezançon et Labbé admettent la sécrétion par le ganglion d'une substance qui diffuserait ensuite dans le sérum sanguin pour y combattre les microorganismes et les toxines par eux sécrétés.

Un ancien interne des Hôpitaux d'Alger, le docteur Duboucher (2), reprend en 1903 la question de l'intumescence ganglionnaire. D'une statistique de 462 syphilitiques observés à Alger, cet auteur conclut : « 1° Les syphilis légères ont souvent des adénopathies nulles ou insignifiantes, rarement de volumineux ganglions ; 2° les syphilis graves ont le plus souvent de volumineuses adénopathies ; 3° les syphilis malignes précoces ont presque tou-

---

(1) Raymond, Contribution à l'étude des syphilis graves (Presse médicale, 1898).

(1) Dubboucher, Contribution à l'étude de la défense ganglionnaire dans l'infection syphilitique (thèse Lyon, 1902).

jours des adénopathies intenses et multiples ; 4° les syphilis ordinaires ont soit des adénopathies moyennes, soit de volumineuses adénites, cela en nombre sensiblement égal. De sorte qu'il n'existe pas de relation exacte entre l'intensité de la réaction ganglionnaire et la gravité des accidents secondaires ».

Comme on le voit, les conclusions de Duboucher vont à l'encontre de la théorie d'Augagneur, à laquelle s'était rallié Landouzy avec nombre de praticiens. On discute donc encore sur cette question du retentissement ganglionnaire et aussi sur le problème de la graine et du terrain, mais à bien d'autres points de vue l'accord s'est fait et la syphilis maligne précoce paraît désormais une variété clinique assez nettement établie. Actuellement, en effet, les écrits magistraux sur ce sujet se font rares dans les revues médicales, où les observations, au contraire, sont assez nombreuses, les auteurs relatant fréquemment des cas remarquables par la malignité ou la précocité des accidents.

OBSERVATIONS (1)

Observation Première

(Résumée)

Y... Vicente, 28 ans, journalier, entre à l'hôpital le 17 septembre 1902, présentant une éruption généralisée dont, au premier abord, on reconnaît l'origine syphilitique. On constate à la base du gland une cicatrice que le malade dit résulter d'un chancre indolore et datant de 6 mois.

Six semaines environ après cet accident primitif, le malade a vu se développer sur le tronc et les membres une éruption pour laquelle il consulta un médecin, à Milianah où il se trouvait. Hospitalisé dans cette ville, il

(1) Nous publions ici seize observations, toutes inédites, et recueillies, pour la plupart, dans le service de M. le professeur Brault, à la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'hôpital civil de Mustapha (Alger).

Quelques unes de ces observations nous ont été communiquées par M. Ch. Jourdan, ex interne de la clinique. L'observation XIII est due à l'obligeance de M. Flottes, externe du service. Nous les remercions tous deux du concours qu'ils ont bien voulu nous prêter en facilitant nos recherches.

a reçu soixante piqûres de biiodure de mercure, mais sans aucun résultat déclare-t il. A son entrée à l'hôpital de Mustapha il présente, toujours sur le tronc et les membres, une éruption formée d'éléments nummulaires et de tubercules. Certains éléments, dont les dimensions varient de celles d'une pièce de 50 centimes à celles d'une pièce de 5 francs, offrent un aspect psoriadiforme très net, surtout à la face d'extension des membres où l'éruption est très confluente. On constate aux aines et au cou une multitude de petits ganglions à peine perceptibles ; c'est le type exagéré de la micropolyadénite. La barbe et le cuir chevelu sont parsemés de tubercules en pleine activité.

Mis au traitement spécifique : iodure de potassium et injections de calomel, le malade quitte l'hôpital au bout de très peu de temps, sans qu'aucun raisonnement puisse le retenir.

Observation II

Européen de 50 ans, ni paludéen, ni éthylique. — Adénite cervicale et inguinale. — Paraplégie quatre mois après le chancre. — Troubles sphinctériens, escarre sacrée. — Mort rapide.

J. D..., 50 ans, journalier. Entré le 31 octobre 1902 à l'hôpital de Mustapha. Porteur d'un chancre cicatrisé datant de quatre mois, il présente également une roséole en voie de régression; à chaque aine, pléiade ganglionnaire nette ; au cou, les ganglions sont également pris ; ganglions épitrochléens perceptibles. Des plaques muqueuses existent sur le larynx, le pharynx et le pourtour de la langue.

Le 2 novembre, au lendemain de son entrée et alors qu'aucun traitement n'avait encore été institué, J... sort en permission Le soir, à peine rentré, il sent tout à coup

ses jambes fléchir sous lui et il tombe ; on est obligé de le mettre au lit. Le lendemain, on fait une injection de calomel ; le malade peut à peine remuer les jambes ; deux jours plus tard la paraplégie est complète, la vessie distendue atteint l'ombilic ; le malade urine par regorgement et présente de l'incontinence des fèces ; l'anesthésie des téguments est absolue jusqu'en ceinture ; au bout de trois jours apparaît une volumineuse escarre sacrée.

Interrogé, le malade nous dit souffrir depuis une quinzaine de jours de douleurs rachidiennes, s'irradiant de la nuque au sacrum, et de myalgie des deux jambes, surtout intense à gauche ; ces douleurs s'accompagnent de fourmillements et d'une certaine faiblesse ; la marche, un peu gênée, était pourtant fort possible. Le 8 novembre, on pratique une injection intraveineuse de 1 centigramme de cyanure de Hg ; le malade accuse à ce moment une légère dyspnée. Sa famille étant venue le voir, le malade veut à tout prix rentrer chez lui et y meurt le jour même (8 novembre).

En somme, J... est mort, quatre mois à peine après le début de sa syphilis, d'une myélite spécifique, ayant évolué très rapidement et sans qu'on y puisse trouver de causes adjuvantes : le malade n'était ni paludéen, ni éthylique, et n'avait pas non plus été victime de la moindre contusion du rachis. L'âge relativement avancé auquel il a été contaminé et l'institution assez tardive du traitement mercuriel peuvent seuls être invoqués pour expliquer le peu de résistance que le malade a opposée à l'infection. L'autopsie n'ayant pu être effectuée, le mécanisme de la mort n'a pas été élucidé.

Observation III

Européen de 28 ans, légèrement éthylique et se livrant à des excès vénériens. — Ictus médullaire dix mois après le chancre, paraplégie avec troubles sphinctériens, escarre sacrée et fièvre. — Mort.

St... (Philippe), 28 ans, a fait, en octobre 1902, un premier séjour à l'hôpital de Mustapha; il présentait alors un chancre dur du sillon balano-préputial et une roséole intense, et a été traité par des injections de calomel. Il est indemne de tout antécédent paludique, a des habitudes d'intempérance assez marquées et se livre facilement à des excès vénériens.

Le 5 février 1903, seconde entrée à l'hôpital. Le malade est en pleine période secondaire (plaques muqueuses), micropolyadénite inguinale. En mars, ayant reçu trois injections de calomel, il est pris d'iritis intense, dont on vient assez facilement à bout au moyen d'instillations d'atropine. On institue alors un traitement comportant : 1° de l'iodure de potassium, pris par périodes de plusieurs semaines à des doses successivement croissantes et décroissantes (maximum 6 gr. par jour), et 2° des injections intramusculaires d'huile au calomel. Le 6 juillet, St... reçoit ainsi sa seizième injection et prend toujours de l'iodure.

Le 16 août, le malade est frappé subitement d'un ictus médullaire et doit être mis au lit, atteint d'une paralysie complète des membres inférieurs. Dès le lendemain, M. le professeur Brault prescrit des injections quotidiennes de biiodure de mercure, des pilules de phosphure de zinc et des applications électriques sur les membres inférieurs : l'anesthésie remonte jusqu'à la ceinture, le malade ne

peut uriner et doit être sondé trois fois par jour. Le 1er septembre, la fièvre apparaît. On pratique aussitôt des injections intraveineuses de cyanure de mercure à un centigramme; la fièvre tombe, mais une escarre sacrée se déclare. L'état du malade est précaire On cesse les injections intraveineuses durant quelques jours à cause d'une gingivite assez intense ; pendant ce temps, on donne de l'iodure. Le 16, on reprend les injections intraveineuses ; la sensibilité semble réapparaître à droite, mais la rétention d'urine persiste. Le malade se met à délirer, décline et, malgré tous les efforts, meurt le 20 octobre.

Il s'agit, en résumé, dans cette observation, d'une myélite syphilitique ayant débuté soudainement dix mois après le chancre et ayant déterminé, malgré tous les traitements employés, une mort assez rapide du malade, due peut être à une infection générale par l'escarre sacrée ou la voie urineuse. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Observation IV

Femme européenne de 25 ans, sans antécédents pathologiques, contaminée par un nourrisson (chancre du mamelon). — Phagédénisme tertiaire mutilant très précoce et très grave. — Adénopathie généralisée. — Guérison.

B... Henriette, 25 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 24 octobre 1904 dans le service de M. le professeur Brault. Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires et son passé pathologique était pour ainsi dire nul jusqu'en septembre 1904. A cette époque, étant placée comme nourrice, Henriette B... ressent au sein gauche de vives démangeaisons qui l'inquiètent. Elle va voir un médecin qui constate une crevasse du sein et, les ganglions de l'aisselle se prenant, croit à un abcès en formation et ordonne des

frictions avec une pommade résolutive, de couleur grise nous dit la malade (probablement de l'onguent napolitain). Les douleurs disparaissent, mais l'aspect de la lésion du mamelon s'étant modifié, et des taches roses ayant apparu sur le corps, la malade entre à l'hôpital, où l'on constate un chancre dur du mamelon.

On institue de suite un traitement sévère ; la malade ayant un état général assez mauvais, on ordonne des toniques et, contre la syphilis, des injections hebdomadaires de calomel. Quelques jours après son entrée, la malade, ressentant une vive douleur à la jambe droite, aperçoit à la face postéro interne de cette jambe une tumeur consistante du volume d'un œuf. Successivement, durant les jours suivants, apparaissent deux tumeurs semblables et de même volume, l'une à la partie antéro externe de la jambe gauche, en son tiers inférieur, l'autre au milieu de l'avant-bras droit, à la face antérieure. L'apparition de ces deux tumeurs s'accompagne d'une notable élévation de température qui persiste les jours suivants et qui ne présente pas les caractères d'une fièvre de suppuration.

Le pharynx est rouge, on y remarque des plaques muqueuses qui envahissent même le larynx ; une dysphagie intense empêche la malade de s'alimenter. On note une forte adénopathie généralisée aux aisselles, au cou et aux aines.

Le 1er décembre, les tumeurs des jambes étant devenues douloureuses, on intervient au bistouri, et on voit couler de la tumeur gauche un liquide sirupeux, sanguinolent et légèrement purulent; à droite on donne issue à un liquide franchement gommeux. La tumeur antibrachiale devenant, peu après, le siège d'une tuméfaction douloureuse, on l'incise à son tour et il en sort un liquide

purulent. Chacune de ces tumeurs est drainée et les drains laissent sourdre un liquide gommeux caractéristique.

Ces diverses plaies opératoires ne tardent pas à devenir phagédéniques, et nous assistons à un phagédénisme tertiaire des plus mutilants. L'avant-bras droit et les deux jambes forment de vastes plaies ; les deux tibias sont le siège d'un processus de nécrose rapide, les tendons se désagrègent, les muscles se fondent ; le bacille pyocyanique s'installe dans ces plaies. On panse tous les jours en enlevant à la curette les débris nécrosés et en cautérisant énergiquement au chlorure de zinc, à l'eau oxygénée, au chlorure de chaux, au thermocautère etc.

Enfin, à la longue, les topiques et un traitement général suivi (reconstituants, bi-iodure de mercure, iodure de potassium) ont raison de la syphilis et de sa redoutable complication et la malade sort guérie vers la fin du mois d'avril, c'est-à-dire après un traitement de 6 mois.

N-B. La malade, après sa sortie du service, étant demeurée à l'hôpital en qualité d'infirmière auxiliaire, nous avons pu la suivre un certain temps. En continuant régulièrement un traitement mercuriel consistant en injections d'huile grise, elle a pu parer à de nouveaux accidents jusqu'à la fin de 1906, époque à laquelle nous l'avons définitivement perdue de vue.

Observation V

(Résumée)

Indigène de 24 ans exempt d'alcoolisme et de paludisme, mais très débilité
Chancre du fourreau, syphilide varioliforme très précoce.

Kh.... Mohammed, 24 ans, journalier, entre à l'hôpital de Mustapha, salle Ricord, le 6 septembre 1905. Il pré-

sente à la base du fourreau de la verge, et à droite de la ligne médiane, un chancre assez étendu qui, ayant été cautérisé, a perdu ses caractères primitifs, et dont, par suite, il est difficile d'indiquer la nature. On met donc le malade en observation, pour attendre l'apparition possible d'une roséole qui lèverait tous les doutes. Aucun antécédent paludique ou éthylique n'a été relevé chez Kh..., mais celui-ci est dans un état de misère physiologique assez marqué.

Le 25 septembre, le malade est pris subitement, sans frisson préalable, d'une fièvre intense et continue, la température atteint 40°. Le lendemain l'interne du service constate une éruption généralisée, papuleuse, s'accompagnant de vésicules nettement ombiliquées. Il pose le diagnostic de variole et signe l'évacuation du malade sur l'ambulance d'El-Kettar, réservée aux contagieux. Pourtant, le malade n'ayant pas quitté depuis plus de vingt jours l'hôpital, c'est-à-dire un milieu indemne de variole, on retarde l'évacuation jusqu'à l'arrivée du chef de service, M. le professeur Brault, qui, après un examen approfondi, pose le diagnostic de syphilis varioliforme grave.

La période de suppuration n'arrive en effet jamais, les vésicules ne se transforment pas en pustules, et, après avoir reçu 12 injections d'huile grise, le malade sort bien amélioré de l'hôpital.

Observation VI

(Résumée)

M... Mohammed, 30 ans, cocher indigène, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il entre une première fois à l'hôpital le 29

mai 1906, porteur d'un chancre syphilitique datant d'un mois, il est en outre atteint de blennorragie aiguë ; céphalée, douleurs ostéocopes, roséole. Sort le 11 août après un traitement sérieux.

Le malade nous dit qu'un mois environ après cette sortie de l'hôpital il a vu survenir des boutons et des lésions ulcéreuses, qu'il a souffert de la gorge et a eu des plaques nacrées sur les lèvres. Aussi fait-il une nouvelle entrée à l'hôpital le 5 octobre 1906, époque où l'on constate chez lui des gommes siégeant à la face (oreilles, nez), sur le tronc et à la racine des membres inférieurs ; cicatrices de gommes au front, à la queue du sourcil droit, à la joue gauche, au menton et aux jambes. Le malade a considérablement maigri, il est dans un état de débilité extrême, l'auscultation révèle des lésions de bacillose au début pour lesquelles, après avoir traité et amélioré la syphilis, on l'évacue sur un service de médecine. Le malade n'est pas revu par la suite.

Observation VII

Européen de 29 ans, paludéen et éthylique. — Chancre du fourreau. — Syphilis maligne précoce cutanée, gommes précoces et syphilides papulo-croûteuses ; adénite inguinale, pas d'adénite cervicale. — La maladie évolue par périodes alternatives de rémission et d'exacerbation. — Intolérance mercurielle.

R... Joseph, 29 ans, garçon limonadier, voit apparaître chez lui, en fin novembre 1906, un chancre de la face dorsale du fourreau. Ce chancre étant indolore, ne cause que peu de soucis au malade, mais l'apparition d'une roséole assez discrète et de quelques papules roses lui font demander conseil à un médecin des consultations de la ville d'Alger, qui lui fait deux injections intramus-

culaires de calomel, puis, en présence de phénomènes d'intolérance (stomatite intense), l'hospitalise à l'infirmerie municipale le 4 janvier 1907. A cette date, c'est-à-dire 5 à 6 semaines à peine après l'accident primitif, et malgré un traitement précoce, le malade est porteur en même temps de larges placards papulo-croûteux sur le tronc et de gommes cutanées aux jambes et au cuir chevelu.

Un traitement ioduré est institué et poursuivi durant tout le séjour du malade à l'infirmerie (2 grammes de K I par jour). La stomatite ayant réapparu après deux injections de calomel, on traite par les pilules de protoiodure de mercure. En mai, malgré ce traitement, les gommes ne sont pas cicatrisées quand, tout à coup, en quelques jours, tout s'arrange rapidement et le malade sort sur sa demande vers le 1er juin ; il continue chez lui à prendre de l'iodure de potassium et panse ses plaies avec de l'emplâtre de Vigo.

Vers le 20 juin, c'est-à-dire après un répit de trois semaines, la face se prend et le malade entre à l'hôpital de Mustapha le 24 juin, dans le service de M. le professeur Brault ; il est alors porteur de gommes cutanées siégeant au cuir chevelu, au visage, aux bras, aux jambes et autour des seins. Après 8 jours de soins pour la stomatite, qui persiste toujours, le malade est soumis à des injections intra-musculaires hebdomadaires d'huile grise à 40 p. 100. La maladie procède par poussées et rémissions. Localement, on emploie successivement les pansements à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, à l'emplâtre de Vigo, et, finalement, à l'emplâtre à base d'atoxyl qui, d'après le malade lui-même, donne les meilleurs résultats.

L'autorité municipale réclamant le malade pour l'infirmerie-hôpital réservée à ses contribuables indigents,

R... fait une seconde entrée dans cet établissement le 11 mars 1908. C'est là que, pour la dernière fois, nous le voyons en avril. Il présente alors une vingtaine de cicatrices à chaque jambe, cicatrices longues et étendues, à contours polycycliques, de couleur blanche ou rose pâle, qui marquent la place des anciennes gommes. Sur le cuir chevelu une cicatrice identique, dépourvue de cheveux, occupe toute la partie médiane de la tête, le long de la suture interpariétale. Quelques gommes non cicatrisées subsistent encore, notamment à la jambe droite, à la joue et à la tempe droites, sur le dos du nez, et à la partie supérieure du sternum. Pléiade ganglionnaire aux deux aines, pas de ganglions cervicaux.

Interrogé par nous sur son passé pathologique, R... nous répond que, venu en Algérie à l'âge de 3 ans, il a souffert, il y a 14 ans, de fièvres paludéennes pendant 6 mois, puis, il y a 7 ans, a contracté une blennorragie qui a guéri sans complications. Garçon limonadier, R... boit beaucoup, surtout des boissons distillées (absinthe, amers, eau-de-vie de marc, etc.), mais peu de vin. Il a fréquemment des crises de pyrosis quand, dit-il, il a bu un peu plus que de coutume. Son appétit a toujours été bon, sauf lors de son entrée à l'hôpital. Présentement le malade se trouve bien, mais il est sceptique au sujet de l'avenir « Le mieux, nous dit-il, ne dure pas longtemps et j'attends toujours que *cela recommence.* ».

Observation VIII

Femme européenne de 24 ans, paludéenne et relevant de couches. — Chancre dur, méconnu, du pharynx ; rupia syphilitique très précoce. — Mauvais état général. — Intolérance mercurielle. — Adénite inguinale et cervicale.

L... Joséphine, 24 ans, en Algérie depuis 1903, contracte l'année suivante des fièvres paludéennes qui guérissent par la quinine. En septembre 1906, trois mois après la terminaison normale d'une grossesse normale, elle ressentit des crises de céphalée et des douleurs ostéo-articulaires très violentes, puis la gorge se couvrit de petites ulcérations blanchâtres, de la dysphagie apparut et la température monta jusqu'à 39°. Un médecin, mandé aussitôt, fit le diagnostic d'angine diphtérique, mais onze injections de sérum de Roux restèrent sans résultat L'apparition d'une roséole assez discrète, puis brusquement, l'invasion de la face et des membres par une éruption formée de papules s'ulcérant très vite, montrèrent au praticien que l'angine qu'il avait cru être diphtérique masquait probablement un chancre dur de l'amygdale ou des piliers ; il ordonna alors des pilules de protoiodure de mercure et des frictions d'onguent napolitain, mais la malade, voyant son état général empirer, se fit hospitaliser.

Examinée par M. le professeur Brault dès son entrée dans le service, le 20 décembre 1906, L... présente une éruption généralisée au tronc, à la face et aux membres et remarquable par son aspect polymorphe. On y distingue en effet des macules de couleur rouge-cuivré, des papules de même teinte, quelques bulles purulentes (surtout à la jambe droite) et enfin des ulcérations profondes, à

bords circulaires et taillés à pic, à fond sanieux, présentant tous les caractères des gommes syphilitiques. La face et le cuir chevelu sont atteints ; aucun pansement humide n'ayant été appliqué, on y trouve des croûtes très épaisses, ostréacées et formant un véritable rupia. Les sourcils, le bord libre des paupières, le dos et la racine du nez, les lèvres, les pommettes en sont couverts. Sur le corps, quelques-unes de ces ulcérations sont guéries et ont laissé des cicatrices brunâtres légèrement décolorées en leur centre. Les ganglions inguinaux et cervicaux sont tuméfiés.

M. le professeur Brault pose le diagnostic de syphilis maligne précoce, avec accidents secondo-tertiaires à forme rupioïde et prescrit des pansements humides et des injections d'huile grise La malade supporte bien la première injection, mais la seconde détermine chez elle l'apparition d'une diarrhée intense qui s'amende rapidement par la suppression du traitement et l'ingestion de gelée antidiarrhéique. L'éruption augmentant de gravité, on reprend le traitement, mais au moyen d'injections de biiodure de mercure ; nouvelle atteinte de diarrhée : on cesse le biiodure et on essaye l'iodure de potassium qui n'est pas mieux supporté : coryza, larmoiement, gastralgie, diarrhée, céphalée.

Jusqu'au 11 janvier 1907, on se contente de relever l'état général de la malade au moyen de toniques : vins de quinquina, huile de foie de morue, arrhénal, glycéro-phosphate, etc. Le traitement hydrargyrique est alors repris et bien supporté (biiodure de Hg en injections quotidiennes de 0.02).

Deux semaines après, sous l'influence de ce traitement énergique, les syphilides sont en voie de disparition, les cicatrices qui se font sous les croûtes sont relativement

peu marquées. A la face se voient toujours des croûtes très épaisses mais qui ont tendance à disparaître. La malade, qui a pris l'habitude de garder les jambes demi-fléchies dans son lit, éprouve de grandes douleurs quand on les redresse; rien de spécifique dans cette myo-arthropathie que l'on guérit en appliquant à la face postérieure des deux jambes des attelles de plus en plus rigides.

On continue le traitement au biiodure, la malade prend également de l'iodure de potassium et suit toujours son traitement tonique: cacodylates, vins généreux, glycérophosphates. L'état général se relève rapidement, les croûtes tombent et laissent des cicatrices peu profondes, lisses, polycycliques, ayant aux membres quelque tendance à la chéloïde. Les ulcérations du cuir chevelu, qui, en profondeur, atteignaient le péricràne, sont elles-mêmes complètement cicatrisées quand Joséphine L... quitte l'hôpital, le 11 mai 1907.

Observation IX

Femme européenne de 24 ans, sans antécédents pathologiques, contaminée par un nourrisson (l'accident primitif a passé inaperçu). Eléphantiasis des grandes lèvres; syphilide ulcéreuse précoce: mauvais état général, adénopathie inguinale. — Inefficacité presque absolue du traitement mercuriel.

P... (Ascension), ménagère, 24 ans, est venue d'Espagne en Algérie en 1905. Deux ans auparavant, elle avait subi à Valence l'amputation de la grande lèvre gauche, qui avait acquis, dit la malade, le volume du poing et présentait un aspect papillomateux. C'est là le seul antécédent pathologique qu'on puisse relever chez elle; mariée, elle a deux enfants superbes et était elle-même en parfaite santé à son arrivée en Algérie, lorsqu'elle a pris un nourrisson débile dont la mère avait eu, antérieurement

à lui, deux enfants qui n'avaient vécu que quelques heures.

L'allaitement s'est bien passé pendant un an, le bébé a profité et la nourrice se porte toujours bien ; au treizième mois, alors que l'on commence à sevrer l'enfant, elle se sent en proie à une fatigue qui va en augmentant ; à aucun moment, elle n'a vu apparaître chez elle de boutons ni de taches. Des maux de tête intenses et des courbatures insupportables la déterminent à entrer à l'hôpital (21 décembre 1906) ; elle a alors beaucoup maigri.

Dans le service de médecine où elle est placée, on constate quelques signes légers de bacillose au début, une fièvre vespérale et des phénomènes généraux qui donnent l'idée de faire les sérodiagnostics de la dothiénentérie et de la fièvre méditerranéenne ; tous deux sont négatifs.

Le 29 décembre apparaissent sur la face et le corps quelques papules rouge cuivré. M. le docteur Brault, consulté, pose le diagnostic de roséole et demande qu'on évacue la malade dans son service.

Le 2 janvier 1907, Ascension P... entre dans la salle Diday. On constate chez elle l'existence d'une éruption constituée par des papules rouge sombre et surtout apparente à la face. La grande lèvre droite, la seule qui reste, est le siège d'un éléphantiasis considérable ; elle est tuméfiée, énorme, sa circonférence dépassant 30 centimètres. On note à chaque aine une pléiade ganglionnaire très nette ; les ganglions cervicaux ne sont pas tuméfiés.

Rapidement, en trois ou quatre jours, apparaissent sur cette grande lèvre éléphantiasique des ulcérations arrondies grandes comme des pièces de deux francs, taillées comme à l'emporte-pièce, à fond bourbillonneux, rouge sombre ou gris, qui laissent échapper un liquide séro-purulent et présentent l'aspect de gommes en pleine

évolution. A côté de ces lésions profondes, on en voit d'autres plus superficielles et de dimensions moindres.

L'état général est mauvais ; la malade a de la diarrhée et vomit tout ce qu'elle prend ; la dentition est mauvaise. Malgré ces symptômes fâcheux, on institue un traitement mercuriel au moyen d'injections d'huile grise. La première injection détermine une gingivite intense ; on arrête le traitement et on donne du glycérophosphate de chaux, du vin de quinquina et des piqûres de cacodylate de soude. Au bout d'un mois, on essaie les injections quotidiennes de biiodure de mercure à 0,01, qui sont bien supportées ; on donne en même temps de l'iodure de potassium, que l'on cesse aussitôt en présence de phénomènes d'intolérance marqués. Plusieurs séries d'injections de biiodure sont faites sans provoquer de réaction fâcheuse, mais aussi sans entraver beaucoup la marche des lésions : des syphilides ulcéreuses se déclarent sur le corps, se cicatrisant ici, apparaissant là. Après un repos, on veut, vers la fin du mois d'avril, reprendre les injections de biiodure, mais, dès le début, une gingivite intense et une diarrhée abondante font cesser ce traitement et lorsque, ces phénomènes s'étant amendés, on veut le reprendre, la malade s'y refuse et sort de l'hôpital sans vouloir entendre raison, et sans qu'une amélioration bien grande ait été apportée à son état par un traitement de plus de quatre mois (23 mai 1907).

Observation X

Indigène musulman de 31 ans, ni paludéen, ni éthylique. — Chancre géant et syphilide secondaire varioliforme. — Lésions gommeuses mutilantes très graves trois mois après l'accident primitif. — Adénite cervicale et inguinale

F... Amar, 31 ans, a déjà fait un séjour à l'hôpital, salle Ricord, où il est entré le 29 octobre 1906, porteur d'un chancre syphilitique géant et d'une roséole très nette. Une quinzaine de jours après son entrée, il a présenté une éruption abondante, varioliforme, qui atteignait surtout les membres, la face et le cuir chevelu. Ayant reçu neuf injections d'huile grise, il quitte l'hôpital très amélioré. Interrogé, il avait nié tout antécédent paludique ou éthylique.

Le 1er février 1907 il entre à nouveau dans la salle Ricord, porteur de lésions tertiaires multiples. Il présente, en effet, une gomme de la queue du sourcil droit, plusieurs gommes en évolution à la surface du cuir chevelu, au front, à la racine du nez. La poitrine et la partie supérieure du dos sont également atteintes, l'abdomen et la région lombaire sont intacts. Aux deux épaules, on constate plusieurs lésions ulcéreuses en pleine évolution, les membres supérieurs sont parsemés de cicatrices, les cuisses et les pieds également ; sur les crêtes tibiales se voient quelques ulcérations ouvertes. L'aspect de cette syphilide ulcéreuse est bien déformé par les traitements locaux subis, mais on remarque pourtant sur les lésions qui évoluent encore, leur forme presque ronde, les unes étant surélevées, rouges et bourgeonnantes, les autres légèrement creusées et à fond grisâtre. Les ganglions inguinaux et cervicaux sont tuméfiés, les épitrochléens perceptibles.

Les yeux sont tout particulièrement atteints, ils laissent sourdre un pus jaunâtre, où l'examen microscopique ne décèle pas de gonocoque, mais du streptocoque en abondance. A l'œil droit, on aperçoit une ulcération très profonde à la partie externe de la paupière supérieure ; la conjonctive et le globe oculaire sont injectés, la conjonctive est épaissie ; on ne distingue plus l'iris qu'à travers un voile dû à un leucôme adhérent central; la pupille est invisible. Il ne reste plus de la paupière supérieure qu'une portion d'un centimètre de longueur, dans l'angle interne ; la paupière inférieure est détruite vers l'angle externe de l'œil. L'œil gauche est moins atteint, les paupières pourtant sont ulcérées.

La vision est normale à gauche, l'occlusion palpébrale volontaire est complète; l'œil droit au contraire, à cause de la perte de substance considérable des paupières, n'est jamais complètement fermé ; le globe oculaire se convulse en haut ; la vision est d'ailleurs presque complètement abolie, le malade peut seulement distinguer la lumière de l'obscurité.

Telle est la gravité des lésions, tant oculaires que cutanées. On institue un traitement local (eau oxygénée, attouchements à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, emplâtre de Vigo) et un traitement mercuriel. Au bout de dix injections intramusculaires d'huile grise, l'effet n'étant pas très rapide, on ordonne des injections quotidiennes de biiodure de mercure à 0,02 pendant 25 jours ; l'effet est rapide et considérable : les lésions du tronc sont au bout de cette période totalement guéries, celles des membres et de la face sont très améliorées ; une vaste plaie de la face interne de la jambe droite évolue seule encore. La vision reste abolie de l'œil droit, mais

la déperdition de substance est en partie comblée et l'occlusion presque complète.

Le malade sort alors, promettant de revenir à la clinique, mais n'y revient jamais par la suite.

Observation XI

(Résumée)

B... (Saïd ben Mohammed), indigène de 28 ans, journalier, possède des antécédents paludiques sérieux et a fait plusieurs séjours à l'hôpital pour une syphilis contractée en 1905.

Premier séjour, 10 août-2 septembre 1905 : chancre dur du frein, roséole généralisée, surtout intense au front, à la paume des mains et à la plante des pieds. Trois injections d'huile grise et iodure de potassium.

Deuxième séjour, 29 décembre 1905-19 février 1906 : ecthyma spécifique. Même traitement

Troisième séjour, 22 avril-fin juillet 1906 : syphilis grave, gommes précoces sur tout le corps. Après un traitement intensif, le malade est envoyé dans le service réservé aux tuberculeux, car il s'est cachectisé et présente des signes de bacillose pulmonaire.

Quatrième séjour, 1 mars-fin avril 1907 : le malade était guéri de sa phtisie et sa syphilis lui laissait du répit quand celle-ci reprit de l'activité d'une façon subite. Roséole de retour, ulcérations de la verge, dont l'une, taillée à pic, ressemble à l'accident primitif, dont d'ailleurs il occupe exactement la place (chancre redux) ; à la face antéro-interne des cuisses et sur les faces interne et externe des jambes, cicatrices nombreuses, lisses, blanches, polycycliques ; périostite du tibia gauche. Adéno-

pathie généralisée (cou, aine, épitrochlée). Le malade, amélioré par les injections d'huile grise et l'iodure de potassium, sort et ne reparaît plus à la clinique.

Observation XII

Européen âgé de 27 ans, de forte constitution ; antécédents paludiques et éthyliques. — Rupia précoce, onyxis. — Adénopathie inguinale. — Le traitement est bien supporté mais agit lentement. – Cicatrices chéloïdiques. — Guérison.

L... N.., 27 ans, est un homme fort bien constitué, de haute taille et bien musclé. Étant au Sénégal en 1900, il a été atteint de paludisme à forme sévère (accès fréquents avec délire, vomito negro) ; le retour à Alger achève sa guérison. Depuis, comme il passe gaiement son temps, il a des habitudes notoires d'intempérance, il a eu une blennorragie et à plusieurs reprises de l'herpès balanique.

En fin avril 1907, se déclare chez lui un phimosis intense laissant sourdre entre le prépuce et le gland un liquide purulent. A travers le prépuce on sent, sur la face supérieure du gland, près du sillon balano-préputial, un noyau étalé, dur et indolore que l'on soupçonne être un chancre spécifique ; les jours suivants, fièvre et violents maux de tête. Au dessus de chaque oreille, le malade nous dit avoir senti deux tumeurs rondes que nous attribuons à deux foyers de périostite précoce, dont il nous a été donné de voir plusieurs exemples. Les deux tibias sont douloureux et, dans la position couchée, semblent au malade « être coupés en sifflet ».

Le 10 juin apparaît une roséole papuleuse et en même temps la céphalée augmente, ainsi que les douleurs os-

téocopes. L... N... va alors à la campagne, où il se soigne avec des pilules de Dupuytren, de l'iodure de potassium et des injections d'enesol. En juillet, des plaques muqueuses surviennent dans le conduit auditif externe, à l'anus et entre les orteils ; les douleurs disparaissent ; le dos et la face d'extension des membres deviennent le siège d'une abondante éruption papulo-croûteuse. La fièvre monte à 40° ; le malade perd l'appétit, maigrit et, le 10 août, se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, salle Ricord, on constate une éruption abondante sur le dos et les membres, formée d'éléments surélevés et ayant tous les caractères du rupia ; de ces éléments, les uns ont des croûtes saillantes, unies, de forme conique et ressemblent à des patelles; les autres possèdent des croûtes toujours en saillie, mais striées à la façon des écailles d'huître, de sorte que nous avons ici les deux aspects du rupia : patellaire et ostréacé. Sous certaines de ces croûtes la suppuration s'établit, aux cuisses l'écoulement purulent est fétide. Le malade présente à chaque aine une pléiade ganglionnaire très nette.

On institue de suite un traitement mercuriel consistant en injections d'huile grise ; on cautérise les plaques muqueuses au nitrate acide de mercure et on applique sur l'éruption de la pommade au calomel. Au bout de quinze jours on substitue à l'huile grise le biiodure de mercure en injections quotidiennes à 0,02. Chaque série d'injections amène un mieux réel, mais chaque période de repos marque une recrudescence de l'affection. On joint au traitement spécifique une médication tonique (cacodylate de soude, etc.) dont le malade se trouve fort bien.

Successivement, on voit apparaître : une éruption ecthymateuse de la nuque et du cuir chevelu, une gomme de la malléole externe droite, qui, légèrement phagédéni-

que et rebelle aux topiques ordinaires (vigo, nitrate d'argent, teinture d'iode, etc.) guérit par l'emplâtre à l'atoxyl à 10 p. 100. En octobre, l'onyxis survient sous ses deux formes ordinaires : papuleuse et ulcéreuse, et atteint le médius gauche, le médius et l'annulaire droits; plus tard le gros orteil gauche et le quatrième orteil droit se prennent à leur tour.

Jusqu'en février 1908, malgré un traitement constant, la maladie suit ainsi une marche irrégulière, à recrudescences intermittentes. En février pourtant, la guérison semble faire des progrès et le 15 mars le malade sort de l'hôpital sans lésions ouvertes. Son torse présente un aspect spécial : les éléments du rupia ont laissé sur la peau du dos des taches cicatricielles de couleur foncée, qui lui donnent un aspect caractéristique que l'on désigne parfois sous le nom de « léopardite ». Ces cicatrices ont, en maints endroits, et notamment dans la région des omoplates, un aspect chéloïdique très net.

Observation XIII

Européen de 23 ans. Misère physiologique intense. — Syphilis léproïde de la face et papulo-croûteuse du tronc coexistant avec le chancre. — Pléiade ganglionnaire à chaque aine. — Guérison rapide.

L..., chanteur ambulant, 23 ans, entre à l'hôpital le 10 février 1908. Il y a deux ans, à la suite d'un accident, il a dû subir l'amputation de la jambe gauche ; réduit de ce fait à la mendicité et ayant enduré de nombreuses privations, il est dans un état de misère physiologique intense. Il ne présente aucun antécédent éthylique et est indemne de paludisme.

Lorsqu'on examine ce malade, on est frappé de suite

par l'aspect caractéristique de son visage qui, dans son ensemble, est infiltré et couvert de bosselures : les lèvres, la partie interne des sourcils, le lobule des oreilles, les joues, sont boursouflés de tubercules violacés ; les cils et les sourcils ont disparu et, seuls, quelques poils subsistant aux commissures rappellent l'existence d'une moustache. C'est là dans toute sa pureté le masque léonin, le facies de l'éléphantiasis des Grecs.

Notre malade est-il donc un lépreux ? On pourrait le croire, mais l'apparition rapide des accidents ne permet pas ce diagnostic et la constatation d'un chancre dur typique, siégeant à la face dorsale du gland, vient lever tous les doutes. Le buste et la racine des membres inférieurs sont couverts de croûtes brunes, nummulaires, dont quelques-unes sont le siège d'une abondante suppuration. Le malade accuse de la céphalée ; on constate chez lui une pléïade ganglionnaire inguinale double.

Le traitement mercuriel est aussitôt institué (huile grise) ; on donne de l'iodure de potassium et on panse les plaies avec de l'emplâtre à l'*atoxyl* à 10 0/0. On combat la faiblesse de l'état général par les reconstituants (arrhénal, vin fortifiant, etc.) et dans ces conditions, le traitement agit avec une remarquable rapidité.

Le malade sort le 30 avril 1908 ; les tubercules de la face sont affaissés, les lésions du corps sont guéries, le facies n'est pourtant pas redevenu normal car la repousse des cils, des sourcils et de la moustache ne se fait pas.

Observation XIV (1)

(Très résumée)

Homme de 28 ans, mauvais état général, a contracté les fièvres au Sénégal. Chancre très étendu de la verge en 1907. Accidents de rupia 5 mois après, ulcération étendue de la jambe gauche. Malgré le traitement, d'ailleurs un peu faible, les accidents, après une légère rétrocession, se sont renouvelés avec plus d'intensité : énorme ulcération de la jambe droite, éléments rupioïdes sur le reste du corps. Le malade va consulter M. le professeur Brault qui institue un traitement mixte intensif (huile grise et iodure de potassium). A la 8me injection la cicatrisation est obtenue, favorisée d'ailleurs par l'emplâtre à l'atoxyl employé comme topique.

Observation XV

(Très résumée)

Jeune homme de 20 ans, très débilité, légèrement éthylique. Chancre énorme à la partie médiane de la lèvre inférieure ; le chancre n'est pas guéri que déjà paraît sur tout le corps un semis d'éléments rupioïdes des plus tenaces. Un traitement intensif (huile grise et iodure de potassium) a raison des accidents ; le malade, après avoir été *blanchi*, n'a pas été revu.

---

(1) Les observations XIV et XV ont été recueillies dans la clientèle particulière de M. le professeur Brault ; le malade qui fait l'objet de l'observation XVI a été vu par M. Brault en consultation.

Observation XVI

(Très résumée)

Homme d'une trentaine d'années, israëlite, affaibli par un surmenage journalier. Chancre géant syphilitique du méat ; a présenté des éléments rupioïdes, principalement à la face, alors que son chancre est encore en évolution. Le traitement par les injections de biiodure a été essayé d'une façon assez faible, lorsque le malade est vu par M. le professeur Brault, qui ordonne un traitement plus intense et dès lors l'amélioration survient progressivement.

ETIOLOGIE

Faut-il d'abord, dans la syphilis maligne précoce, incriminer la qualité du virus contaminant, ou la qualité de l'organisme contaminé ? La chose, nous l'avons vu, a été fort discutée. Nous ne reviendrons pas sur cette controverse que nous avons sommairement indiquée dans la partie historique de ce travail. Des observations ont été fournies à l'appui de chaque opinion, mais entre ces deux avis extrêmes, n'y a-t-il pas place pour une théorie mixte, et la gravité de la syphilis ne peut-elle pas être due à une virulence particulière du *tréponème pâle*, envahissant un organisme débilité ? Ne faut-il pas, dans la dothiénentérie, un bacille virulent et un état de moindre résistance de l'organisme ? Pourquoi ne pas admettre qu'il en puisse être de même dans la syphilis ?

La virulence du tréponème peut être due à diverses causes, parmi lesquelles nous signalerons : 1° l'âge de la maladie, la puissance contagieuse s'atténuant progressivement dans la syphilis, et devenant presque nulle dans le tertiarisme ; 2° l'absence de traitement, car le mercure est une cause puissante d'affaiblissement du virus.

Nous ne cacherons pas pourtant que le rôle du terrain nous semble beaucoup plus important ; le tréponème pâle, même peu virulent, produit sur un organisme débilité des effets remarquables par leur précocité et leur sévérité.

Dès lors, toutes les causes qui affaibliront l'organisme et diminueront sa résistance, seront, au premier chef, des facteurs étiologiques de la syphilis maligne précoce, et nous allons étudier, parmi ces causes, celles qui nous ont paru être les plus fréquentes.

Paludisme. — Par l'anémie profonde qu'elle entraîne, l'endémie palustre est, en Algérie, une cause particulièrement fréquente d'aggravation des maladies ; elle complique la fièvre typhoïde (typho-malaria), la tuberculose et la plupart des maladies générales, la syphilis tout comme les autres. Sur 16 observations de syphilis maligne précoce que nous avons recueillies à Alger, centre indemne de paludisme, quatre fois nos malades étaient des paludéens avérés et la proportion est certainement beaucoup plus forte à la campagne. Les Arabes, comme l'a observé M. le professeur Brault, peuvent être infectés par l'hématozoaire de Laveran, sans présenter pour cela d'accès fébriles. C'est par l'anémie qu'il entraîne qu'agit surtout le paludisme, et les formes chroniques ne sont pas les moins dangereuses, tant s'en faut ! Habitant une région qui est devenue subitement un foyer de malaria, par suite de circonstances climatériques (un hiver particulièrement pluvieux ayant déterminé la formation de marais, qui ont subsisté), nous avons pu constater que les formes chroniques de la malaria, avec la dangereuse anémie palustre qui en est la conséquence, y étant rares, les formes malignes de la syphilis y faisaient également à peu près défaut, et pourtant la vérole est aussi fréquente chez les indigènes dans cette contrée que dans les autres régions de l'Algérie.

Alcoolisme. — L'alcool est un poison général ; par les

lésions quasi-spécifiques qu'il détermine au foie et aux divers centres de la lutte anti-infectieuse, il est pour l'organisme une cause certaine de faiblesse contre l'invasion de la syphilis ; par l'action élective qu'il exerce sur le système nerveux, il peut favoriser d'une façon précoce les lésions cérébrales ou médullaires de l'avarie ; par les modifications qu'il fait subir aux vaisseaux sanguins, il est une cause de phagédénisme et, comme l'a dit Fournier, il exagère notoirement les manifestations cutanées de la vérole. Assez fréquent, en Algérie, chez les Européens, l'alcoolisme est exceptionnel chez les Musulmans ; il nous faut pourtant constater que chez ces derniers l'éthylisme fait des progrès et que le spectacle d'un indigène attablé devant un verre d'absinthe, devient de moins en moins rare.

Hygiène défectueuse. — C'est là, surtout chez les indigènes algériens, la grande cause des épidémies et le facteur de gravité des maladies le plus important. Malgré les éloges que l'on a voulu adresser, bien à tort, à l' « *hygiène du Coran* », l'Arabe semble se soucier fort peu de l'hygiène. Vivant dans une tente ou dans un *gourbi*, qu'une seule porte met en communication avec l'extérieur, sans fenêtre, muni seulement d'un trou dans le toit, par où s'échappe au dehors la fumée du foyer, l'indigène des campagnes ne répugne pas aux promiscuités les plus diverses : chiens, poules, sont ses commensaux habituels. Vêtu d'une *gandourah*, qu'il ne lave que lorsqu'on n'en distingue plus la couleur, et d'un *burnous*, dont il ne change que lorsqu'il tombe en loques, il ignore la propreté. Ses ablutions sont souvent des plus sommaires : il emplit délicatement d'eau le creux de sa main et promène sa dextre ainsi mouillée sur les orifices de ses narines et sur sa bou-

che, puis la ramène vers le menton en caressant sa barbe. s'essuie avec un pan de son burnous crasseux et s'en va la conscience tranquille... Il est propre.

Sa nourriture est peu réconfortante ; le *couscouss* ne figure que rarement à l'ordinaire des familles pauvres ; dans les campagnes, l'ouvier indigène se contente souvent à son repas d'un morceau de galette d'orge et de quelques figues sèches. Encore faut-il qu'une fois l'an. et durant tout un mois lunaire, à l'époque du *Rhamadan*, il s'abstienne de toute nourriture du lever au coucher du soleil, tout en continuant à faire pendant la journée un travail souvent pénible.

On voit combien, avec ce régime hygiénique et alimentaire, l'indigène offre une proie facile à la maladie, et l'on comprend que chez lui ces maladies puissent présenter des symptômes graves, et particulièrement la syphilis, la plus fréquente de toutes.

Age. — L'avarie est particulièrement grave aux deux âges extrêmes de la vie ; on sait la gravité de la syphilis vaccinale chez l'enfant, mais c'est surtout quand elle est acquise à un âge avancé, que la syphilis se montre sévère : « La vérole, disait Ricord, n'aime pas les vieux ; elle leur joue cent tours qu'elle épargne aux jeunes gens... et il ne fait pas bon nouer connaissance avec elle quand on est sur le déclin de l'âge ». Certains auteurs attribuent à l'artério-sclérose cette malignité des accidents syphilitiques chez le vieillard ; quoi qu'il en soit, on constate souvent dans la syphilis tardivement acquise, du phagédénisme du chancre et du tertiarisme précoce. Mais ce qui frappe surtout, c'est la fréquence des accidents nerveux et leur précocité. Fournier, sur 27 syphilis séniles, a observé neuf formes nerveuses graves. Le malade qui fait

l'objet de notre observation II, et qui a succombé à une forme sévère de syphilis médullaire apparue quatre mois après le chancre, n'avait aucun antécédent qui puisse nous expliquer la gravité et la précocité des accidents ; l'âge seul était responsable.

GROSSESSE. — ALLAITEMENT. — La syphilis conceptionnelle est grave ; les accidents spécifiques sont à redouter chez la femme enceinte, car elle réagit mal contre la vérole. « Il n'est pas très rare, dit Fournier, que la grossesse devienne une raison de malignité et ne se traduise par l'ensemble clinique des syphilis malignes... syphilis cutanées profuses et tous symptômes de tertiarisme précoce... Je tiens la grossesse pour une cause avérée de phagédénisme. »

La grossesse ajoute parfois son anémie propre à d'autres anémies ; nous avons observé ainsi, dans le service de M. le professeur Scherb, une femme paludéenne enceinte, chez qui, par la numération globulaire, on n'a trouvé que 480.000 hématies par mill. cube de sang, à peine le 1/10 de la quantité normale ! On conçoit combien une syphilis contractée à ce moment-là, aurait été terrible pour cette femme !

La grossesse est donc une cause d'anémie et l'organisme tend à se débarrasser de cette cause surajoutée de faiblesse, en expulsant le produit de la conception : c'est ainsi que finissent prématurément la plupart des grossesses chez les femmes syphilitiques (1).

(1) C'est ainsi d'ailleurs que procéda la nature chez la paludéenne dont nous parlons plus haut ; une fois l'avortement effectué, la malade reprit ses forces et l'on put la guérir de son anémie et de son paludisme.

L'allaitement est également une cause d'affaiblissement de l'organisme et, par suite, prédispose à la malignité et à la précocité des accidents syphilitiques. Les 3 femmes dont nous publions les observations (numéros IV, VIII et IX), étaient des nourrices ayant contracté la vérole pendant qu'elles allaitaient ; deux d'entre elles avaient été contaminées par le nourrisson.

Extragénitalité de l'Accident primitif. — Pour beaucoup d'auteurs, le siège de l'accident initial a une influence sur la rapidité de l'invasion et sur la gravité des accidents. Moreira, nous l'avons vu, n'admet pas cette manière de voir. Sur nos 16 observations, 4 relatent l'existence du chancre hors des parties génitales : deux fois au sein, une fois à l'amygdale, une fois à la lèvre inférieure. Il nous faut dire que, sur ces quatre malades, trois étaient des femmes, et qui nourrissaient, et nous n'hésitons pas à attribuer à l'allaitement plus d'importance qu'à l'extragénitalité de l'accident primitif, car, chez les indigènes algériens, nous voyons presque journellement des chancres extragénitaux n'être suivis d'aucune forme anormale de syphilis. On a expliqué la gravité du chancre extragénital par ce fait que l'infection gagnerait par la voie sanguine au lieu de progresser par les lymphatiques dont la verge et le gland sont abondamment pourvus ; comment expliquer, de cette façon, la gravité signalée par Landouzy du chancre de l'amygdale, organe adénoïde et lymphatique au premier chef ?

Tuberculose. — On connaît les relations fréquentes de la tuberculose avec la syphilis et l'expression originale de « *scrofulate de vérole* » est souvent employée pour désigner les lésions où le tréponème et le bacille de Koch

unissent leurs forces. C'est surtout avec la syphilis maligne précoce que les relations de la bacillose sont étroites, celle-ci faisant le lit de celle-là, ou, au contraire, la phtisie se déclarant chez des individus en proie à la débilité progressive, qui marque le début de la syphilis maligne précoce (cf. observations VI, IX et XI).

Autres causes. — Parmi les autres causes que nous avons relevées, nous signalerons d'abord *l'affaiblissement dû à une opération grave* faite chez un miséreux (obs. XIII), et le *surmenage intellectuel,* qui a été fortement incriminé dans les localisations nerveuses de la syphilis maligne précoce et que nous avons constaté chez un malade ayant présenté du rupia très précoce (obs. XVI). Notre ami, le docteur Sicard, chef de clinique médicale à l'Ecole d'Alger, explique, par le défaut de travail intellectuel, la rareté relative des accidents nerveux de la syphilis chez les Arabes, eu égard à la fréquence des accidents cutanés, fréquence due à la malpropreté des téguments (1). Notons ensuite que le malade qui fait l'objet de notre observation III, et qui a succombé à une myélite précoce aiguë, se livrait à des *excès vénériens,* ce qui constituerait, d'après Orlowsky, une cause de gravité pour la syphilis, et particulièrement de gravité nerveuse. Nous signalerons enfin l'*insuffisance de traitement* qui a été souvent incriminée et qui a eu un rôle très net dans les trois derniers cas que nous relatons (obs. XIV, XV, XVI).

(1) Sicard, Sur la fréquence des maladies nerveuses chez les indigènes musulmans d'Algérie (thèse Lyon, 1906).

SYMPTOMATOLOGIE

Nous envisagerons d'abord les symptômes généraux de la syphilis maligne précoce, puis nous étudierons les symptômes locaux qui, en se systématisant, donnent deux aspects à la maladie, deux formes cliniques importantes : la forme cutanée et la forme nerveuse.

Symptomes généraux. — Ce qui a surtout frappé les auteurs qui se sont occupés de la syphilis maligne précoce, c'est la confusion des périodes habituelles de la maladie syphilitique et la précocité des lésions tertiaires. Ainsi que nous l'avons dit, on voit dans la syphilis maligne précoce, des accidents tertiaires graves : gommes, etc., coexister avec l'accident primitif ou suivre de près sa disparition. La période secondaire semble donc écourtée, mais il n'en est rien, car en même temps que ces accidents tertiaires ou postérieurement à eux, on peut voir survenir des plaques muqueuses ou même la roséole qui, évoluant normalement, a été gagnée de vitesse par les autres accidents qu'elle précède ordinairement. Toutefois, cette coexistence des manifestations secondaires et tertiaires de l'avarie, ne suffit pas à caractériser la syphilis maligne précoce ; ce qui, à nos yeux, permet de poser ce diagnostic, c'est surtout les caractères spéciaux des lésions que

nous allons étudier, et aussi les modifications subies par l'état général.

La syphilis maligne précoce demande la plupart du temps pour éclore, un terrain convenablement affaibli par divers facteurs que nous avons étudiés dans le chapitre précédent ; mais dès l'apparition de la syphilis, cet état général s'aggrave encore et l'affaiblissement, qui pouvait ne se traduire que par des signes légers, apparaît à ce moment avec intensité : anorexie, céphalées, fatigue générale ; le malade maigrit et perd les dernières forces qui lui auraient permis de résister à l'infection. Les accidents cutanés prennent alors une intensité inusitée et le chancre lui-même présente des dimensions qu'il n'a pas d'ordinaire ; le chancre géant est fréquent en Algérie, et nous avons notée plusieurs fois sa présence dans les observations que nous publions au début de ce travail.

On a voulu faire du chancre l'indicateur de la bénignité ou de la sévérité de la vérole, et Bassereau a formulé une loi, qui porte son nom, et dans laquelle il déclare que « *le chancre est comme la pierre de touche de la constitution... La bénignité du chancre annoncera des phénomènes constitutionnels peu graves ; sa malignité permettra, au contraire, de prévoir que le malade sera atteint de symptômes constitutifs d'une grande gravité* ». Il est en effet naturel de penser que, de la facilité avec laquelle l'agent infectieux produit, dès l'abord, des lésions graves, de la tendance au phagédénisme de l'accident primaire, on pourra conclure qu'on a affaire à un organisme débilité, peu résistant, et que la vérole, dans ces conditions, peut devenir très grave. Le chancre phagédénique n'est pas rare en Algérie et le chancre géant est très fréquent, surtout chez les indigènes, mais ici d'autres facteurs interviennent, notamment le peu de propreté des téguments, et l'on

se tromperait trois fois sur quatre si, chez nos indigènes Algériens, on concluait de la sévérité du chancre à celle des accidents ultérieurs.

Y a-t-il retentissement ganglionnaire dans la syphilis maligne précoce ? Niée par Augagneur, la chose est affirmée par Duboucher (voir plus haut, page 16) ; pour notre part, nous avons trouvé presque constamment une adénopathie des plus marquées. Avec Duboucher, nous sommes tenté de l'expliquer en disant que, dans l'organisme affaibli, les phagocytes ont eu le dessous dans la lutte anti-infectieuse, et que l'agent d'infection s'étant emparé des ganglions, la lutte s'y poursuit contre lui, d'où hypertrophie de ces ganglions.

Le traitement mercuriel agit, dit-on, en activant la phagocytose ; mais, dans le cas qui nous occupe, les réserves de l'organisme sont pauvres, les phagocytes sont affaiblis, le traitement hydrargyrique agit mal, et souvent n'est pas supporté. L'iodure de potassium n'a guère plus d'effet, jusqu'au moment où des reconstituants ont relevé l'état général et où l'organisme reprend le meilleur dans la lutte contre l'infection ; l'amélioration survient alors rapidement. Cet insuccès passager des moyens thérapeutiques ordinairement employés est encore une des caractéristiques de la malignité de la syphilis.

La syphilis maligne précoce peut frapper à peu près tous les organes ; on a noté de l'ictère par compression du cholédoque par un ganglion hypertrophié ; on a également constaté des glomérulo-néphrites précoces dont, pour Theile, les lésions sont identiques à celles de la néphrite scarlatineuse. Les plaques muqueuses sont nombreuses aux divers orifices : bouche, anus, vulve, et aussi au scrotum ; elles ont souvent une tendance à l'hypertrophie. Les lésions peuvent donc être générales dans

la syphilis maligne précoce, mais celle-ci a une prédilection marquée pour les deux appareils nés aux dépens du feuillet ectodermique : système nerveux et revêtement cutané, et les lésions de ces deux appareils ont une telle importance que, suivant que les uns ou les autres prédominent, nous distinguerons dans la syphilis maligne précoce : 1° une forme systématisée cutanée ; 2° une forme systématisée nerveuse ; 3° une forme mixte, assez rare, où les lésions du système nerveux coexistent avec des lésions cutanées, et qui emprunte ses caractères aux deux précédentes ; nous ne décrirons donc que les deux premières :

Forme cutanée. — Les manifestations cutanées de la syphilis maligne précoce dérivent, soit des différents types de syphilides secondaires, dont elles ne sont souvent que l'exagération, soit du tertiarisme, représenté par des ulcérations gommeuses typiques. Les localisations de ces éruptions ne sont pas des plus constantes ; toutefois, le visage, le tronc et la face d'extension des membres semblent être plus fréquemment atteints. Nos observations ne nous ont pas permis de vérifier l'assertion de Julien, qui veut que les lésions cutanées se localisent dans la syphilis maligne précoce, autour des orifices naturels.

Les types de syphilides que nous admettons, avec Gaucher, sont au nombre de trois : érythémateux, papuleux et ulcéro-crustacé.

Au type érythémateux appartiennent ces taches, d'une belle couleur rose, qui constituent la roséole. Elles forment d'ordinaire une éruption généralisée, constituée par de simples macules sans saillies ni squames, à pourtour arrondi, et dont les dimensions sont variables, les unes étant punctiformes, les autres pouvant avoir un centimètre de diamètre.

La papule, élément constitutif du deuxième type, et qui, pour Gaucher, dérive toujours d'une macule, est le résultat de l'infiltration embryonnaire d'un groupe de papilles dermiques. L'éruption peut affecter plusieurs formes : miliaire, tuberculeuse, papulo-croûteuse, squameuse. Cette dernière, en s'exagérant, donne la *syphilide psoriasiforme,* assez fréquente dans la syphilis maligne précoce et dont les squames blanches et étendues peuvent offrir une grande ressemblance avec la « goutte de bougie » du psoriasis vrai ; mais celui-ci se localise habituellement autour du coude et du genou, localisations qui ne sont souvent pas celles de l'éruption psoriasiforme due au tréponème pâle. La syphilide *varioliforme* fréquente elle aussi dans la syphilis maligne précoce, et qui peut simuler la variole au point d'être confondue avec elle (cf. observation V), dérive également du type papuleux.

Le type ulcéro-crustacé, qui débute souvent par une pustule, forme l'ecthyma syphilitique ; il est caractérisé par des croûtes épaisses, adhérentes, jaunâtres ou brunâtres, recouvrant une ulcération dermique. Lorsque les formes croûteuses s'exagèrent, affectent une forme conique et se stratifient, on a le *rupia syphilitique* avec ses deux aspects : *patellaire* et *ostréacé,* et dont chaque élément est généralement entouré d'une bulle qui en constitue la zone de production excentrique.

L'ulcère tertiaire se présente, dans les syphilis malignes précoces, avec ses caractères habituels : contours arrondis, ulcération bien creusée, bords taillés à pic et non décollés, auréole violacée, fond inégal occupé par un bourbillon volumineux ou une bouillie crémeuse jaunâtre. L'ulcération peut s'être constituée aux dépens soit d'une pustule fraîchement apparue, soit d'une gomme sous-cuta-

née ou d'un tubercule, c'est-à-dire d'une néoplasie plus longue à survenir qu'une pustule.

Toutes ces lésions ulcéreuses sont souvent le point de départ d'un phagédénisme qui peut devenir mutilant et causer des désordres très graves, comme ceux qui sont relatés dans notre observation IV. Ainsi que l'enseigne M. le professeur Brault, le phagédénisme est, même dans les syphilis ordinaires, beaucoup plus fréquent dans les pays chauds (Tonkin, Algérie), que dans les contrées de la zone tempérée, et nous observons fréquemment chez les Arabes le phagédénisme du chancre ou des lésions tertiaires habituelles ; l'affection suit toujours une marche centrifuge.

Forme nerveuse. — La syphilis maligne précoce atteint fréquemment le système nerveux ; les lésions peuvent être localisées sur la moelle et les méninges rachidiennes, ou généralisées sur toute la substance nerveuse ; les cas où l'encéphale seul est atteint existent, mais sont très rares, et Orlowsky n'en a pas observé un seul cas dans une statistique qui comporte 59 observations de syphilis maligne précoce nerveuse, ainsi réparties : syphilis médullaire, 54 cas ; cérébro-spinale, 5 cas. Ce sont donc ces deux types les plus fréquents qu'il nous faut étudier.

Type médullaire. — La syphilis médullaire peut affecter deux formes : aiguë et chronique ; la première seule faisant partie de la syphilis maligne précoce, nous intéresse ici. On distingue dans son évolution trois étapes successives.

Tout d'abord, dans la période dite *prémonitoire,* le malade est en proie à des phénomènes douloureux intenses : céphalées répétées, douleurs le long du rachis pouvant s'irradier jusque dans les hypocondres ; il est mal assuré sur ses jambes, qu'il sent faibles ; des troubles de la miction

apparaissent, une impuissance génitale progressive s'installe, les membres inférieurs sont atteints de paresthésie et d'impotence fonctionnelle graduelle. La durée de ces phénomènes prémonitoires est très variable : quelques jours à plusieurs semaines ; ils ont duré une quinzaine de jours dans l'un des cas que nous relatons (obs. II), et ont manqué totalement dans l'autre (obs. III), où le début a été brusque, foudroyant, comme cela arrive parfois.

La période de *paralysie aiguë* qui fait suite à la précédente, débute généralement par un ictus apoplectiforme que les phénomènes prémonitoires ont pu faire craindre ou qui arrive brusquement, sans avis préalable, pourrait-on dire. Cet ictus s'accompagne rarement de perte de la connaissance ; la fièvre a été notée. Les réflexes restent rarement normaux ; ils sont parfois diminués ou abolis, mais la plupart du temps exagérés. L'existence de troubles sphinctériens très sérieux est la règle ; 9 fois sur 10 ce sont des phénomènes de paralysie : rétention d'urine et des fèces ; parfois, au contraire, il y a relâchement des sphincters avec incontinence d'urine et selles involontaires. Presque toujours, des escarres sacrées, survenant d'une façon précoce, ouvrent la voie à l'infection septique, qui vient assombrir le pronostic : dans le tiers des cas, la terminaison est fatale.

La paralysie spasmodique, qui caractérise la troisième période, dure parfois plusieurs années ; l'amélioration est lente et le malade cloué à son fauteuil ; la sensibilité reparaît assez vite, mais les troubles sphinctériens persistent avec une alternance de rétention et d'incontinence, et l'infection urineuse est une cause fréquente de la mort du patient.

A ces diverses phases de la syphilis maligne précoce

nerveuse, le traitement à base de mercure et d'iodure de potassium agit, d'après Orlowsky, dans les deux tiers des cas avec rapidité, mais souvent il est impuissant à arrêter les progrès du mal. Les deux malades dont nous publions l'observation ont succombé malgré un traitement des plus intenses.

Type cérébro-spinal. — Il ne diffère de la forme médullaire que par l'existence des phénomènes cérébraux, qui précèdent les accidents spinaux. On observe alors d'une façon très précoce, de l'aphorie et de l'aphonie. De plus, au lieu d'avoir exclusivement de la paraplégie, on observe tantôt de la monoplégie, tantôt, au contraire, une hémiplégie droite ou gauche. Des phénomènes bulbaires peuvent faire leur apparition, et les nerfs crâniens sont souvent atteints (paralysies du facial et de l'hypoglosse).

FREQUENCE

Pour étudier la fréquence de la syphilis maligne précoce en Algérie, il nous paraît indispensable d'envisager séparément la population urbaine et celle des campagnes. Leur composition est, en effet, très différente : les Européens, qui sont en majeure partie dans les centres, ne forment, au contraire, qu'une assez faible partie de la population rurale, constituée, pour les 4/5 au moins, par les indigènes musulmans.

Population urbaine. — Nous prendrons pour exemple Alger, ville de 175.000 habitants, en majeure partie français, mais où les étrangers et les Arabes sont en grand nombre. Certains facteurs de gravité de la syphilis y font à peu près défaut : le paludisme n'y existe pas localement, et les règles de l'hygiène y sont à peu près observées. Les avariés n'y manquent pas et les hospitalisés pour cette cause y sont assez nombreux. A l'hôpital civil de Mustapha, où nous avons fait notre stage, la clinique de dermatologie et de syphiligraphie possède deux grandes salles réservées aux hommes atteints de syphilis. En ce qui concerne les femmes, malgré les efforts de M. le professeur Brault, et grâce au mauvais vouloir de l'administration, une salle convenable ne leur est réservée à la clinique que

depuis quelques mois. C'est donc exclusivement dans les salles d'hommes que nous avons puisé nos documents.

On y a admis une moyenne annuelle de 180 avariés, soit un total de 900 pour une période de 5 ans (1903-1908). Sur ces 900 cas de syphilis, nous avons relevé 10 cas de syphilis maligne précoce (6 européens et 4 indigènes), soit 1,1 pour 100 environ. Cette proportion ne semble pas être supérieure à celle qu'on observe à Paris où, d'après Baudoin, « il ne se passe pas de mois à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, où il n'entre au moins un malade, inscrit au registre des diagnostics avec la mention : syphilis maligne précoce ».

Population rurale. — Là, les données précises manquent absolument ; toutefois, nous pourrons peut-être nous faire une opinion, en envisageant la fréquence de la syphilis et la gravité de ses manifestations.

L'avarie est loin d'être une rareté parmi les indigènes qui, nous l'avons dit, forment les 4/5 de la population des campagnes algériennes ; s'il faut en croire certains auteurs, 70 pour 100 des Arabes seraient des avariés ; d'autres vont jusqu'à dire 90 pour 100, ce qui nous semble notoirement exagéré. Toutefois, par le nom même qu'ils lui donnent, les musulmans semblent bien attribuer à la syphilis un rôle prépondérant dans la pathologie indigène algérienne ; ils l'appellent, en effet : la grande maladie (en kabyle : *atan amokran ;* en arabe : *meurd el kébir*). Il semble bien que ce soit avec quelque raison, quand on lit des documents comme celui qu'à récemment publié notre ami le docteur Cambillet (1), médecin de colonisation, qui relate 817 cas de syphilis soignés par lui au cours de

---

(1) *In* Bulletin médical de l'Algérie, 30 mai 1908.

l'année 1907, dans la circonscription médicale de Flatters.

On admet généralement que la syphilis des indigènes est bénigne, et pour l'expliquer, on invoque mainte raison ; les Arabes vivraient « en bonne intelligence avec leur avarie », et les accidents graves seraient relativement rares chez eux. Nous ne partageons pas cette manière de voir et nous croyons au contraire que la syphilis peut acquérir une grande gravité chez les indigènes ; nous ne voulons, pour preuve à l'appui de notre opinion, que les renseignements que nous puisons dans la thèse inaugurale de notre camarade d'études, le docteur de Mouzon (1) et qui sont extraits d'un document officiel, l' « *Exposé de la situation générale de l'Algérie,* de 1906 ». Dans cet exposé, présenté par M. le gouverneur général Jonnart devant les délégations financières au début de 1907, nous trouvons en effet, la statistique suivante des différentes causes de mortalité dans les infirmeries indigènes :

Nombre de décès par	maladie des voies respiratoires..	1.039
—	paludisme.	2.613
—	maladie syphilitique.	2.744

L'avarie vient donc en toute première place, et notons bien que les infirmeries indigènes disposaient à ce moment-là de 1.110 lits ; pour un total de 1.110 lits mis à la disposition des indigènes atteints de maladies variées, c'est donc 2.744 décès dus, en un an, à la syphilis, soit plus de 5 décès par 2 lits et par an. Ajoutons que les femmes

(1) De Mouzon, la Tuberculose et la lutte anti-tuberculeuse en Algérie (thèse Montpellier, 1907).

ne se font que très rarement soigner dans les infirmeries indigènes, que, par conséquent, les lits qui leur sont réservés, restent généralement vides et que, par suite, ces 2.744 décès sont à peu près tous survenus chez des hommes et pour un total de lits notablement inférieur à 1.110 ; nous nous croyons alors fondé à dire que la bénignité de la syphilis indigène est un mythe.

De ce que les cas de syphilis grave ne sont pas rares chez nos indigènes musulmans d'Algérie, doit-on conclure que parmi eux la syphilis maligne précoce soit fréquente ? Non, certes, cela constitue tout au plus une présomption en faveur de cette fréquence ; d'ailleurs, il est certain que les formes nerveuses de la syphilis maligne précoce sont rares chez les indigènes, ceux-ci étant peu atteints par la syphilis nerveuse. (Nous avons vu que le docteur Sicard expliquait ce fait par le peu de travail intellectuel auquel se livrent généralement les Arabes.) En examinant la statistique du docteur Cambillet, dont nous avons parlé plus haut, nous voyons que sur 817 cas de syphilis soignés (125 ont trait à des accidents secondaires, 692 à des accidents tertiaires), 72 ont été constatés chez des sujets âgés de moins de 10 ans et 73 sur des sujets âgés de plus de 50 hivers. Un cas sur 5 a donc été observé aux âges extrêmes de la vie, qui favorisent, nous l'avons vu, le développement de la syphilis maligne précoce, mais il nous faut considérer que jusqu'à 10 ans, ce sont surtout des accidents d'hérédo-syphilis que l'on observe et que, d'autre part, chez les vieillards, il s'agit le plus souvent de tertiarisme n'ayant rien de précoce.

De ce qui précède, nous ne croyons pas pouvoir tirer de conclusions fermes, mais nous estimons que la syphilis maligne précoce ne doit pas être une rareté dans la popu-

lation rurale indigène de l'Algérie, du moins la syphilis maligne précoce à forme cutanée. Les documents précis font défaut, et il serait désirable que la question fût reprise par les médecins de colonisation, mieux placés que quiconque pour l'étudier sur place.

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

Diagnostic. — Nous n'aurons pas beaucoup à nous étendre sur ce sujet. Il est évident qu'il faut, pour poser le diagnostic de syphilis maligne précoce, reconnaître : 1° l'existence de la syphilis, et 2° la présence de certains caractères qui la feront déclarer « maligne précoce ». Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic de l'avarie, qui n'entre pas dans le cadre de notre sujet ; nous nous contenterons d'indiquer les principaux caractères sur lesquels s'appuiera le diagnostic de variété de la syphilis.

On posera le diagnostic de syphilis maligne précoce chaque fois que l'on constatera chez un avarié récemment contaminé :

1. Une grande altération de l'état général.

2. Un ensemble de symptômes cutanés ou nerveux, constitué principalement par : *a*) du côté de la peau : un accident primitif de grandes dimensions, à tendance phagédénique (ou, à défaut, la cicatrice d'un tel chancre), des syphilides polymorphes et rapidement écloses : maculeuses, papuleuses, ulcéreuses, notamment syphilides, varioliformes, psoriasiformes et rupia, enfin par des ulcérations gommeuses précoces, ayant souvent de la tendance au phagédénisme.

b) Du côté du système nerveux : des troubles graves

avec paraplégie, troubles des réservoirs, ne s'accompagnant généralement pas de troubles cérébraux et ayant débuté par un ictus apoplectiforme, mais sans perte de connaissance.

3. Une indiscipline remarquable vis-à-vis du traitement mercuriel et ioduré avec phénomènes d'intolérance (gingivite, diarrhée, salivation, etc.).

Pronostic. — Le pronostic est dicté par l'état général : si celui-ci se relève rapidement, on en pourra conclure que le malade viendra facilement à bout de sa vérole ; si la prostration subsiste ainsi que l'inappétence, si le traitement continue à être mal supporté, on pourra craindre une issue fatale ou du moins un retard considérable dans la guérison. Le phagédénisme térébrant comporte un pronostic fonctionnel local qu'on établira en se basant sur l'intensité des lésions constatées.

C'est surtout en présence de symptômes nerveux graves : persistance des troubles sphinctériens, de la paraplégie, existence d'une escarre sacrée étendue, que le pronostic devra être réservé, la mort pouvant survenir rapidement par une infection générale à laquelle la voie urineuse et l'escarre peuvent donner accès.

TRAITEMENT

On a coutume, en médecine, de diviser le traitement d'une affection en préventif et curatif ; il n'y a évidemment pas lieu, pour la syphilis maligne précoce, d'envisager un traitement préventif qui ne pourrait en rien différer de celui de l'avarie normale. Nous ne considérerons donc que la médication curative, et pour cela nous examinerons séparément : 1° le traitement général dirigé contre la syphilis, et 2° le traitement local destiné à accélérer la cicatrisation des lésions cutanées et muqueusés.

Traitement général. — Il n'y a qu'un remède contre la syphilis, c'est le mercure ; il faudra donc instituer le plus tôt possible un traitement hydrargyrique sérieux. Faut-il employer les préparations insolubles, ou au contraire user de sels solubles ? A l'hôpital de Mustapha, dans le service de M. le professeur Brault, on employait jadis contre la syphilis les injections de calomel en solution huileuse; depuis plusieurs années, on y a renoncé à cause de l'infidélité des résultats et aussi à cause des douleurs et même des abcès qu'on observait parfois avec des malades indociles. On emploie aujourd'hui l'huile grise injectée en plein tissu musculaire à la dose hebdomadaire de 6 à 7 divisions de la seringue spéciale de Barthélémy ; cette huile grise est à 40 p. 100 de mercure métallique ; on la fabrique à la pharmacie de l'hôpital, selon la formule de Vigier.

Lorsque les accidents menacent (phagédénisme, etc.) et qu'il faut aller vite, on doit donner la préférence aux sels solubles : biiodure ou benzoate, à la dose journalière de deux centigrammes en injections hypodermiques. A Alger on emploie la formule suivante :

Biiodure de mercure.. } Iodure de sodium.. ... }	*ââ* 0,10.
Eau distillée stérilisée.....	10 cmc.

qui contient un centigramme de biiodure par centimètre cube. Gaucher préfère le benzoate de mercure, mais ce sel, dit-il, est souvent impur dans les pharmacies, et il conseille de le faire préparer extemporanément. Personnellement, nous avons traité un de nos amis, qu'un mauvais sort avait « *avarié* », en nous servant d'une solution stérilisée de benzoate de mercure, qu'une maison française a lancé dans le commerce sous le nom de « *benzhermyl* », et nous avons obtenu d'excellents résultats : les injections, indolores, ont été bien supportées et l'effet curatif a été bon. Lorsqu'il faut aller très vite, comme dans le cas de syphilis maligne précoce nerveuse, nous conseillons de pratiquer, comme nous l'avons vu faire à notre maître, des injections intra-veineuses quotidiennes de un centigr. de cyanure de mercure en solution.

L'iodure de potassium sera toujours donné avec profit dans la syphilis maligne précoce, car il y a généralement des ulcérations gommeuses contre lesquelles il est très efficace. L'iodure n'est pas, en effet, un médicament spécifique de l'avarie, mais c'est un précieux adjuvant du mercure à cause du pouvoir résolutif qu'il possède vis-à-vis des néoplasies gommeuses ou autres. On l'administrera en potion à des doses progressivement croissantes et décroissantes (maximum, 6 grammes par jour).

Le traitement général est rarement bien toléré dans la syphilis maligne précoce, à cause du mauvais état général ; une des premières indications à remplir dès que l'on institue le traitement mercuriel, c'est donc de fortifier l'organisme pour éviter autant que possible les phénomènes d'intolérance qui nécessiteraient un arrêt préjudiciable dans la médication hydrargyrique : les glycéro-phosphates, les vins toniques, les injections de cacodylate de soude, seront alors donnés avec grand profit. C'est dans cet ordre d'idées que Augagneur préconisait dans la syphilis maligne précoce, les injections de sérum de Hayem (chlorure de sodium, 7 grammes, phosphate disodique cristallisé, 2 grammes, eau distillée stérile, 1.000 cent. cubes).

Gaucher recommande, pour éviter les phénomènes d'intolérance, de ne donner que peu de mercure au début, et d'augmenter progressivement les doses. Dans les cas de syphilis maligne précoce nerveuse, on traitera la paraplégie à la façon habituelle (électrisation, sondages vésicaux, lavements, etc.), on pansera les escarres, mais sans jamais cesser le traitement mercuriel que l'on rendra plus efficace en employant, comme nous l'avons vu, les injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Traitement local. — La première ulcération à traiter, c'est le chancre ; généralement, on se contentera de le saupoudrer de poudre de calomel et d'attendre sa disparition. Toutefois, si le phagédénisme envahit l'accident primitif et devient dangereux, on cautérisera avec du nitrate d'argent en solution à 5 p. 100. Dans un cas, relaté par Rille, on fut obligé de pratiquer l'excision chirurgicale d'un chancre phagédénique énorme, et de combler la déperdition de substance au moyen de greffes d'Ollier-Thiersch.

Les accidents ultérieurs seront traités par les topiques habituels : nitrate d'argent, teinture d'iode, pommade au calomel ; les plaques muqueuses seront cautérisées prudemment au nitrate acide de mercure. Les ulcérations seront, après lavages détersifs préalables, traitées par l'emplâtre de Vigo, ou, mieux, par l'emplâtre à l'atoxyl à 10 p. 100. L'atoxyl est un sel arsenical nouvellement introduit dans la thérapeutique : c'est *l'anilarsinate monosodique,* qui a pour formule $AsO^3NaHC^6H^4AzH^2$. Son emploi en injections hypodermiques a causé, paraît-il, quelques accidents ; on nous a même signalé un cas de mort imputable à cette médication ; nous n'avons jamais employé l'atoxyl en injections hypodermiques, mais nous l'avons vu maintes fois employer par notre maître, le professeur Brault, sous forme d'emplâtre à 10 p. 100 et nous en avons vu les excellents résultats dans le pansement des ulcérations de la lèpre et de la syphilis ; en ce qui concerne les ulcérations de la syphilis maligne précoce, elles se cicatrisent beaucoup plus rapidement sous l'effet de l'emplâtre à l'atoxyl que sous l'influence des divers topiques usités.

Pour traiter les lésions anales ou vulvaires, on pourra employer le procédé de Fournier qui, pour obtenir le chlorure de zinc à l'état naissant, lave abondamment ces lésions avec la liqueur de Labarraque diluée et les saupoudre ensuite d'oxyde de zinc : il y a formation de chlorure de zinc *in situ.* Dans le phagédénisme térébrant, on emploiera les caustiques énergiques (chlorure de chaux, thermocautère, etc.), et on aidera à leur action au moyen de la curette et du bistouri.

Tous ces traitements locaux joints à une médication iodurée et mercurielle sérieuse, finiront par venir à bout de la maladie, mais il ne faut pas oublier que souvent,

dans la syphilis maligne précoce, ce traitement complexe est mal supporté et n'agit pas du tout au début, puis tout d'un coup, l'état général s'améliore, la médication est mieux supportée, agit d'une façon plus efficace et la guérison survient alors progressivement, souvent avec une grande rapidité.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis maligne précoce est une forme sévère de l'avarie ; elle a, pour causes les plus fréquentes, en Algérie : le paludisme, l'alcoolisme, une mauvaise observance des règles de l'hygiène.

II. — Caractérisée d'abord par un état de faiblesse souvent considérable du malade, elle nous offre à considérer deux formes, suivant que les lésions se systématisent sur le revêtement cutané ou le système nerveux. La forme cutanée est remarquable par son éruption polymorphe et ses aspects spéciaux : varioliforme, psoriasiforme, lèproïde, rupioïde, et aussi par l'apparition précoce de syphilides ulcéreuses tertiaires.

III. — Conformément à l'assertion de Dubouchet, nous avons trouvé à peu près constamment dans la syphilis maligne précoce des pléiades ganglionnaires fort nettes aux aines, au cou et parfois aux aisselles.

IV. — La syphilis maligne précoce ne semble pas être plus fréquente à Alger qu'à Paris ; le pourcentage hospitalier est à Alger de 1,1 p. 100 des cas de syphilis observés. En ce qui concerne les campagnes algériennes, nous manquons absolument de documents précis ; toutefois, étant

donné que la syphilis est excessivement fréquente chez les indigènes musulmans, que chez eux elle produit de nombreux décès, que, d'autre part, les indigènes forment au moins les 4/5 de la population rurale algérienne, on peut croire que la syphilis maligne précoce n'y est pas une rareté.

V. — Le pronostic, assez bénin dans la syphilis maligne précoce cutanée, doit être très réservé dans la forme nerveuse de la maladie, à cause du danger d'infection par l'escarre sacrée ou la voie urineuse.

VI. — Le traitement consistera en injections mercurielles ; on préférera les sels solubles : biiodure et benzoate, qu'on emploiera à la dose journalière de 2 centigrammes ; l'iodure de potassium sera donné avec beaucoup de profit. Localement, nous nous sommes bien trouvé de l'emploi de l'emplâtre à *l'atoxyl* dans le pansement des lésions ulcérées.

L'état général devra faire l'objet de soins spéciaux : une médication tonique convenable sera un grand auxiliaire du traitement mercuriel qu'elle fera mieux supporter et dont elle augmentera l'efficacité.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 juillet 1908.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 22 juillet 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUGAGNEUR. — Signification et pronostic de l'adénopathie syphilitique à la période secondaire (Ann. de Derm. et syphilig., 1895).

BAUDOIN. — Contribution à l'étude des syphilis graves précoces (thèse : Paris, 1889).

BRAULT (J.). — Pathologie et hygiène des indigènes musulmans d'Algérie (Alger, 1905).

DUBOUCHER. — Contribution à l'étude de la défense ganglionnaire dans l'infection syphilitique (thèse : Lyon, 1903).

DUBUC. — Les syphilides malignes précoces (thèse : Paris, 1864).

FOURNIER. — Les facteurs de gravité de la syphilis (Semaine médicale, 1886).

— Traité de la syphilis.

— Le tertiarisme précoce (Gazette médicale, 1893).

GAUCHER. — Le chancre et les syphilides cutanées et muqueuses (Paris, 1907).

— Le traitement de la syphilis (*in* œuvre médico chirurgal).

HASLUND et TARNOWSKI. — Rapports sur la syphilis maligne précoce (IIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Londres, 1896).

MOREIRA. — Etiologia da syphilis maligna precoce (thèse : Bahia, 1891).

ORLOWSKY. — Contribution à l'étude de la syphilis médullaire (communication à la Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou, 1896).

ORY. — Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces (thèse : Paris, 1875).

RAYMOND. — Contribution à l'étude dès syphilis graves (Presse médicale, 1898)

TAULANE. — Contribution à l'étude des syphilides malignes précoces (thèse : Montpellier, 1895).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
